

welcher Weise medizinisches Wissen über Lebensqualität diskursiv zur Geltung gebracht wird. Wie wird »Lebensqualität« in der Medizin (nicht) thematisiert? Wie wird Konsens hergestellt und mit Dissens umgegangen? Welche Sprechpositionen gibt es? Wie materialisiert sich der Diskurs? Der Datenkorpus bestand im Kern aus medizinischen Konferenz- und Sammelbänden, die sich mit »Lebensqualität« befassen. Diese sind vom Beginn bis ins Jahr 1989 vollständig berücksichtigt, für die Folgejahre lag der Fokus auf breit rezipierten Kongress-/Sammelbänden sowie ausgewählten Monographien. Medizinisches Wissen gerät in dieser Zugangsweise als kommunikative Weise der Hervorbringung von Wissen im öffentlichen Raum in den Blick. Das Zum-Thema-Machen von »Lebensqualität« wird in Bezug auf soziale Bedeutungszusammenhänge untersucht. Diese liegen notwendigerweise jenseits einer zur Geltung gebrachten medizinischen Plausibilisierung. Damit gerät das Verhältnis von Medizin und Gesellschaft im Sinne einer *sociology of medicine* (Straus 1957) in den Blick.

Diskursfeld der medizinischen Thematisierung von »Lebensqualität«

Das Diskursfeld erweist sich als diskursiv-kommunikatives Geflecht von vier SprecherInnenpositionen. »Kontrolle«, »Organisation«, »Expertise« und »Praxis« bezeichnen die Themen, worüber jeweils in legitimer Weise gesprochen werden kann. Die Positionen beziehen sich auf strukturelle Bedingungen des Sprechens über »Lebensqualität« in Hinblick auf die jeweiligen Themen. Über ärztliche Praxis sprechen nicht nur praktisch tätige ÄrztInnen, sondern auch EthikerInnen oder PolitikerInnen, und die diskursanalytisch einzig interessante Frage ist, inwieweit sie darin eine institutionalisierte Chance haben Gehör zu finden. Die vier Positionen sind absichtlich in nicht-subjektivierender Weise formuliert (also etwa »Kontrolle« statt »KontrollleurIn«), um deutlich zu machen, dass es sich bei den hier angesprochen Positionen um strukturelle Aspekte des Diskurses handelt. Im Schnittfeld der SprecherInnenpositionen strukturieren sich institutionell-organisatorische Arrangements. Erst im Geflecht der SprecherInnenpositionen können Argumente wirksam und kann die Wissensproduktion arrangiert werden zum Beispiel in Form von Abteilungen im Gesundheitsministerium, (regierungsnahen) Forschungseinrichtungen, »Think Tanks«, neuen Lehrstühlen oder »pharmanaher« Forschung.

In der Verzahnung von SprecherInnenpositionen, Themen und Arrangements lassen sich vier verschiedene Wirkungen des Diskurses identifizieren. Diese spannen das Diskursfeld auf, innerhalb dessen Geltungsansprüche auf medizinisches Wissen über »Lebensqualität« legitimer Weise geltend gemacht werden können. Die Wirkungsweisen lassen sich wie folgt beschreiben. (1) Autorisierte Problemsetzung: Im Schnittfeld des Sprechens über Kontrolle und Organisation materialisieren sich Restriktionen einerseits und Institutionen andererseits. Sie konstituieren institutionell-organisatorische Arrangements, innerhalb deren Probleme legitimer Weise gesetzt werden können, so dass gesetzte Problemlösungen überhaupt an eine mit gesellschaftlicher Legitimität ausgestattete Institution delegierbar werden, etwa an ein staatliches Amt für Gesundheitsstatistik oder eine eigene Abteilung für Fragen der »Lebensqualität« innerhalb der WHO. (2) Anerkannte Expertise: Im Schnittfeld des Sprechens über Organisation und Expertise materialisieren sich problembearbeitende Institutionen und in deren Kontext entwickelte Tech-

niken. Dadurch werden Probleme in einer Weise ansprechbar, dass ihr Bearbeitungsmodus als Expertise Anerkennung erfahren kann. Genau darin gründet die Problematisierbarkeit von »Wissenschaftlichkeit«, das heißt die Möglichkeit, legitimer Weise über Modi einer »rationalen« Wissensproduktion zu sprechen. (3) Machbare Umsetzung: Im Schnittfeld des Sprechens über Expertise und Praxis materialisieren sich Techniken in Verknüpfung mit Prinzipien ärztlicher Praxis. Techniken werden ausweisbar als umsetzbar und verantwortbar. Die Behauptung von handlungsbezogenem Konsens beweist letztlich die Praktikabilität der technischen Verfahrensweisen der Wissensproduktion. (4) Sinnvolle Problemlösung: Im Schnittfeld des Sprechens über Praxis und Kontrolle materialisieren sich Restriktionen und Prinzipien, in deren Verknüpfung sich legitimer Weise etwas darüber sagen lässt, was angesichts der Notwendigkeiten sinnvoll ist. Als das Sinnvolle werden im medizinischen Lebensqualitätsdiskurs Selbstverständlichkeiten herausgestellt: Ad-hoc-Plausibilitäten und Kontinuitäten.

Die *Konstitution* des Geltungsanspruchs medizinischen Wissens über »Lebensqualität« lässt sich verorten im Schnittfeld der Problematisierung von »Notwendigkeit« (Dass etwas gesagt werden muss.) und »Selbstverständlichkeit« (Dass es so und von diesen AkteurInnen gesagt werden muss.). Verzahnt mit der Konstitution des Wissensfeldes ist die Praktikabilität der Wissensproduktion, gewissermaßen als Beweisführung dafür, dass der Anspruch auf das neue Wissensfeld auch real einlösbar ist. Im Schnittfeld der Problematisierung von »Konsens« (Dass einstimmig gehandelt werden muss und kann) und von »Wissenschaftlichkeit« (Dass belegbar ist, was getan werden muss.) entsteht eine breiten Koalition zwischen AkteurInnengruppen. In einer thematischen Verknüpfung von Restriktionen, Institutionen, Prinzipien und Praxis kommt es zur Darstellung der Begründungsfähigkeit des Wissensfeldes und zur Präsentation der Möglichkeitsbegründung der Wissensproduktion. Die Konstruktion des Konsensuellen und des Wissenschaftlichen mutet dabei als changierend zwischen Faktizität und Fiktionalität an, letztere in dem Sinne, dass Wissenschaftlichkeit als legitimierendes Argument mindestens genauso wichtig oder sogar in Teilen wichtiger zu sein scheint als ein inhaltlich-gegenstandsbezogenes Argument.

Die *Praktikabilität* des Geltungsanspruchs medizinischen Wissens über »Lebensqualität« wird über zweierlei Problematisierungen hervorgebracht: Die Problematisierung von »Konsens« erwirkt die Darstellung von Handlungsfähigkeit vermittelt Belegen der Produzierbarkeit von Wissen. Die Problematisierung von »Wissenschaftlichkeit«, mithin die Behauptung »wissenschaftlicher« Produzierbarkeit von Wissen, markiert Wissen als solide und vertrauenswürdig. Die prinzipielle Bewältigbarkeit der »wissenschaftlichen« Probleme wird mit dem Argument in Aussicht gestellt, dass das Thema längst in anderen Disziplinen etabliert sei. Die grundsätzliche Begründetheit des Themas, also die prinzipielle »wissenschaftliche« Legitimität von Thema und Terminus, wird über den Verweis auf andere wissenschaftliche Disziplinen ausgewiesen. Auf diese Weise bleibt das Lebensqualitätsthema diskursiv bearbeitbar als »wissenschaftlich« und kann, auch in Hinblick auf seine Handlungsfolgen, als rational gerechtfertigt dargestellt werden. Im medizinischen Diskurs um »Lebensqualität« wird Anspruch darauf erhoben, es lasse sich »medizinisch« etwas sagen auch unter Unsicherheit produzierenden Bedingungen.

Immunisierung medizinischen Wissens gegenüber gesellschaftlichem Legitimierungsdruck

Trotz aller Mächtigkeit, auf Fragen nach der Optimierbarkeit des Wohlbefindens Antworten zu geben, hat die Medizin letztlich *als Medizin* dafür keine Antworten, sie kann »diese Art des Wohlbefindens« (Lenk 2011: 73) nicht herstellen. Die Tatsache, dass der überwiegende Teil der im medizinischen Feld zur Anwendung kommenden Instrumente zur Erhebung von »Lebensqualität« eine überschaubare Anzahl relativ herkömmlicher medizinischer Indikatoren enthält (etwa die Funktionalitätsitems in den WHOQOL-Fragebögen, z.B. Beweglichkeit von Gelenken oder Kopfschmerzen) bei gleichzeitiger Überhöhung des damit verbundenen Anspruchs (»ganzheitlich«, »spirituell«, »Menschheitsfrage«) lässt sich derart interpretieren, dass die Rede von der »Lebensqualität« ganz erheblich auch eine legitimatorische Funktion hat. Mit »Lebensqualität« gerät *prinzipiell* stets das ganze Leben in den Fokus. Die Rede von der »Lebensqualität« scheint dann allerdings etwas überspannt angesichts der Tatsache, dass hier letztlich ein relativ überschaubarer medizinischer Befund erhoben wird.

Der medizinische Lebensqualitätsdiskurs erscheint als Ausweg einer stark unter Rationalitätsdruck geratenen Selbstbegründung der »modernen« Medizin. Lebensqualitätswissen kann als »Rationalitätsfiktion« (Schimank 2006) gedeutet werden. Durch Rückgriff auf den in der Sprachgemeinschaft bereits vorfindbaren »Wortschatz des Ethischen« (Bülow 1984) besteht für den medizinischen Lebensqualitätsdiskurs – rein sprachlich – die Möglichkeit zur Verknüpfung mit (alltäglichen) Bedeutungsfeldern, von denen nicht gesagt werden kann, worin ihre »Wissenschaftlichkeit« besteht und was sie konkret bedeuten. An und für sich ist »Lebensqualität« unbegrenzt *denkbar*, trägt somit in sich stets die Möglichkeit der *Potenzierung medizinischen Wissens*. So ist es wohl gerade die Polysemie des Ausdrucks »Lebensqualität«, die dessen Karriere befördert und »Lebensqualität« sehr viel stärker zu einem ärztlichen Handeln begründendem Kriterium werden lässt als »Gesundheit«. »Lebensqualität« erscheint in diesem Lichte tatsächlich als »catch-phrase« (Fayers, Machin 2007: xvii) und »bandwaggon« (Katschnig 2006), allerdings nun in einer anderen Weise als in der medizinischen Selbstbeschreibung. Weil das Lebensqualitätsthema als »gut im Prinzip« diskursiv konstruiert ist, besteht es als Wissen letztlich *jenseits* ethischer Relativierungen. Pointiert könnte gesagt werden, dass mit der Zuspitzung der ethischen Frage in der Medizin ein Thema Einzug hielt, das in ethischer Hinsicht als immer schon ethisch legitimiert ausweisbar ist. Damit weicht der medizinische Diskurs vor den bereits bei Schluchter (1974) beschriebenen Legitimationsproblemen aus, indem Medizin als »Kunstlehre« durch eine »biochemische Wissenschaft und Technik« (Labisch 1992: 376) ersetzt wird. Gill (2005: 28) hat kritisiert, dass mit ethischen Rechtfertigungen oftmals »biotechnische Herrschaftsansprüche« lediglich verschleiert würden.

»Lebensqualität« ist keine Leerformel, sondern ein Begriff mit angebbaren Konnotationen, die sozial konstruierte Wertevorstellungen betreffen. Über das, was gut, schön und richtig ist im Leben, kann etwas gesagt werden, so die Botschaft. Die im medizinischen Lebensqualitätsdiskurs in Aussicht gestellte Orientierung auf »gute Lebensbedingungen« kann interpretiert werden als ein In-Aussicht-Stellen einer guten Entscheidung anhand guter medizinischer Kriterien. Daran hatten und haben neben Ärzten und Ärztinnen vor allem diejenigen sozialen AkteurInnen Interesse, denen an Veränderungen in der medizinischen Versorgung gelegen ist und die den

Einsatz von Ressourcen in Verweis auf medizinische Kriterien zu rechtfertigen haben. »Lebensqualität« führt zu einer schier unbegrenzten Vielfalt an Entscheidungs- und Argumentationsmöglichkeiten, ohne einen neuen »Zielparameter« dingfest machen zu wollen (und zu können).

Die medizinische Thematisierung von »Lebensqualität« wird als eine Antwort auf Rationalisierungs- und Legitimierungsdruck interpretiert, der immer auch eine Fiktion von Rationalität und Wissen produziert. Es kommt, so könnte gesagt werden, zu einer Art Immunisierung gegenüber Rationalitätserwartungen an die »moderne« Medizin. In der Folge kommt es zur Entgrenzung medizinischen Wissens derart, dass die Grenze zwischen Medizin und Nicht-Medizin verschwimmt. Auch in diesem Sinne kann medizinisches Wissen als »Wissen an der Grenze« (Peter, Funcke 2013) und als entgrenztes Wissen (Viehöver, Wehling 2011) beschrieben werden. Medizin stößt mit ihrem Versuch, aus sich selbst heraus Lebensqualitätskriterien begründen zu wollen, an die Grenze der rationalen Begründbarkeit entsprechender Kriterien und erwirkt in der Folge Deutungshoheit über diese Kriterien selbst. Die Thematisierung von Lebensqualität in der Medizin ist zwar an sich nicht Ausdruck von Medikalisierungsprozessen, indem gerade das Nicht-Medizinische der mit »Lebensqualität« angesprochenen Phänomene im Diskurs beständig hervorgehoben wird. Allerdings ergeben sich aus der Hereinnahme medizinisch indifferenter Handlungskriterien schwerwiegende Konsequenzen für Medikalisierungsprozesse, die sich (etwa in Hinblick auf »Enhancement«) jeglicher Kritik zu entziehen drohen, da medizinische Interventionen mit vorgeblich bereits gerechtfertigten Kriterien begründet werden. Wissen über »Lebensqualität« wird Bestandteil eines Wissensregimes, durch welches das Verhältnis von Medizin und Gesellschaft eine Neuordnung erfährt.

Indem der medizinische Lebensqualitätsdiskurs Nicht-Medizinisches medizinisch sagbar macht, kann er als ein Wegbereiter bzw. als ein Wirkmechanismus von »Healthism« (Crawford 1980) verstanden werden, durch den »Gesundheitswissen« zu einer subjektiven, selbstverantworteten Frage der Lebensführung und Lebensweise wird. Medizinisches Wissen wird gesellschaftlich verfügbar auch jenseits ärztlicher Verantwortung, wird zum Gegenstand von Wissenspolitiken, die von vielen sozialen AkteurInnen betrieben werden. Vor allem die Rede von der »Gesundheitsförderung« knüpft am medizinischen Diskurs an. Die von Barker (2014) beschriebene »Do-it-yourself-medicalization« vollzieht sich mittlerweile auf einem schier unübersichtlichen »Gesundheitsmarkt«. An »Healthism« wirken viele AkteurInnengruppen in konkreter Weise mit. Auf dem weiten Feld der »Gesundheitsförderung«, auf dem Ärzte und Ärztinnen nur unter anderen tätig sind, neben SozialwissenschaftlerInnen, PsychologInnen, ErziehungswissenschaftlerInnen, SozialarbeiterInnen, versuchen sie alle, am konkreten Verhalten von »Zielgruppen«, »Benachteiligten«, »Unterschichten« etwas zu verändern, was als »gesundheitsfördernd« geltend zu machen ist. Dabei berufen sie sich auf die medizinische Relevanz etwa ihrer sozialarbeiterischen Tätigkeit. »Lebensqualität« in der Medizin ist alles das, was zusätzliche Handlungsmöglichkeiten produziert und dabei als autorisiert, sinnhaft, messbar und umsetzbar glaubhaft gemacht werden kann. Das Lebensqualitätsthema erweist sich in diesem Zusammenhang immer *auch* als Rationalitätsfiktion und Wissensinszenierung zur Rechtfertigung medizinischer Interventionen. Mittels Differenzierung von Wissen (worüber etwas gewusst werden muss) und Nicht-Wissen (worüber nichts gewusst werden muss) schützt sich der medizinische Diskurs vor einem möglichen Deutungsverlust, der ihm aufgrund der »dialectic of medical progress« (Gallagher 1994) droht.

Folgerungen für die Lebensqualitätsforschung

Die medizin- und gesundheitssoziologische Auseinandersetzung mit »Lebensqualität« muss systematischer berücksichtigen, dass es sich bei Kriterien der »Lebensqualität« nicht um genuin medizinische Maßstäbe handelt. Medizinische »Lebensqualitätsdaten« spiegeln stets medizinische Interessen an der Handlungsfähigkeit der Disziplin wider. Dies ist etwa im Umgang mit medizinischen Survey-Daten zu berücksichtigen. Medizinische Daten entstehen interessenbezogen, gründen in institutionalisierten Handlungserwartungen. Indikatoren für »Lebensqualität« sind Ergebnisse medizinischer Standardisierungsprozesse. Sie mögen als (sozial-)wissenschaftlich fundiert anmuten, genügen aber ausschließlich medizinischen Interessen, die in unterschiedlicher Weise und auch aus guten Gründen ärztliches Handeln zu steuern suchen. Medizinische Konzepte und Kriterien sind stets normativ und derart ausgewählt, dass sie Unterscheidungen produzieren zwischen Behandlungsoptionen. Im Rahmen soziologischer Gesundheitsforschung sprechen die Indikatoren keine selbstverständliche Sprache. Lebensqualitätskriterien liefern keine Entscheidungsheuristiken und beantworten weder Fragen nach Ethik noch Fragen nach Qualität oder sinnvollen Outcomes. »Lebensqualität« ist ein programmatischer und kein Erkenntnisbegriff.

Die Expansion von »Lebensqualität« als medizinischem Konzept geht längst über die Grenzen des medizinischen Diskurses hinaus. »Lebensqualität« wird unter anderem in den »Nursing Sciences«, in der Heil- und Sonderpädagogik und in der Sozialen Arbeit rezipiert. Auch in diesem Sinne könnte von einer »Vergesellschaftung des Medizinischen« gesprochen werden. Die Folge einer zunehmenden Ausrichtung am medizinischen Diskurs in medizinischen Feldern wie der Gesundheitsförderung und eines zunehmenden »Medizinsprechens« außerhalb der Medizin (etwa in der Sozialen Arbeit) besteht in der Gefahr einer unreflektierten Referenzierung auf medizinische Bedeutungszusammenhänge. Die Rede von der »Wissenschaftlichkeit« und Hinweise auf einen bestehenden »Konsens« können im Hinblick auf die Begründung von lebensqualitätsbezogenen Interventionen die Frage nach der Verantwortung nicht ersetzen. Die Ignorierung praxisfeldbezogener Interessen und institutionell-organisatorischer Rahmenbedingungen kann zu Verantwortungsdiffusion und unreflektiertem Paternalismus führen. Damit das vorgeblich »Selbstverständliche« nicht zum legitimationsfreien Selbstläufer wird, müssen die konkreten Bedingungen, Interessen, Machtasymmetrien, Aufträge und Verantwortungszuschreibungen im Anwendungsfeld reflektiert werden. Nur so kann vermieden werden, dass beispielsweise in den angewandten Sozialwissenschaften (zum Beispiel in Projekten der Gesundheitsförderung oder in Praxisfeldern der Sozialen Arbeit) Interventionen als nicht weiter begründungsbedürftig gelten. Das kann leicht übersehen werden aufgrund der scheinbaren Ad-hoc-Plausibilität von Leitbegriffen der Gesundheitsforschung wie zum Beispiel »Lebensqualität«.

Literatur

- Barker, K. K. 2014: Mindfulness meditation: Do-it-yourself medicalization of every moment. *Social science & medicine*, 106, 168–176.
- Beckmann, J. 1983 (Hg.): *Quality of life: methods of measurement and related areas*. County Hospital Service of Funen.
- Berger, P. L., Luckmann, T. 1992 [1966]: *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Bullinger, M. 1996: Lebensqualität – ein Ziel- und Bewertungskriterium medizinischen Handelns? In H.-J. Möller, R. Engel, P. Hoff (Hg.), *Befunderhebung in der Psychiatrie: Lebensqualität, Negativsymptomatik und andere aktuelle Entwicklungen*. Wien: Springer, 13–30.
- Bülow, E. 1984: *Der Wortschatz des Ethischen und die Grundwerte-Diskussion*. Tübingen: Gunter Narr.
- Clarke, A. E., Shim, J. 2011: Medicalization and biomedicalization revisited: Technoscience and transformations of health, illness and American medicine. In B. A. Pescosolido, J. K. Martin, J. D. McLeod, A. Rogers (Hg.), *Handbook of the Sociology of Health, Illness, and Healing*. New York: Springer, 173–199.
- Crawford, R. 1980: Healthism and the medicalization of everyday life. *International journal of health services*, 10(3), 365–388.
- Fayers, P., Machin, D. 2007: *Quality of life: the assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes*. Chichester: Wiley.
- Gallagher, E. B. 1994: Quality of life issues and the dialectic of medical progress: illustrated by end-stage renal disease patients. *Advances in medical sociology*, 5, 67–90.
- Gill, B. 2005: Kritische Theorie und biomedizinische Herrschaftsverhältnisse. In *Erwägen – Wissen – Ethik*, 16, 28–30.
- Katschnig, H. 2006: How useful is the concept of quality of life in psychiatry? In H. Katschnig, H. Freeman, N. Sartorius (Hg.), *Quality of life in mental disorders*. Chichester: Wiley, 3–17.
- Keller, R. 2011: *Wissenssoziologische Diskursanalyse. Grundlegung eines Forschungsprogramms*. Wiesbaden: VS.
- Labisch, A. 1992: *Homo hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit*. Frankfurt am Main: Campus.
- Lenk, C. 2011: Enhancement vor dem Hintergrund verschiedener Konzepte von Gesundheit und Krankheit. In W. Viehöver, P. Wehling 2011, *Entgrenzung der Medizin. Von der Heilkunst zur Verbesserung des Menschen?* Bielefeld: transcript, 67–88.
- Peter, C., Funcke, D. 2013: *Wissen an der Grenze. Zum Umgang mit Ungewissheit und Unsicherheit in der modernen Medizin*. Frankfurt am Main: Campus.
- Schimank, U. 2006: Rationalitätsfiktionen in der Entscheidungsgesellschaft. In D. Tänzler, H. Knoblauch, H. G. Soeffner (Hg.), *Zur Kritik der Wissensgesellschaft*. Konstanz: UVK, 57–82.
- Schluchter, W. 1974: Legitimationsprobleme der Medizin. *Zeitschrift für Soziologie*, 3. Jg., Heft 4, 375–396.
- Straus, R. 1957: The Nature and Status of Medical Sociology. *American sociological review*, 22 (2), 200–204.
- Viehöver, W., Wehling, P. 2011: *Entgrenzung der Medizin. Von der Heilkunst zur Verbesserung des Menschen?* Bielefeld: transcript.